

**AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN INDIVIDUOS CON RIESGO  
CARDIOVASCULAR EN COLOMBIA**

**Investigador**

**JORGE ELIÉCER JIMÉNEZ MESINO**

**Trabajo de grado para optar el título de Magíster en Salud Pública**

**DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES. MD. MSc**

**DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**BARRANQUILLA**

**2018**

**PÁGINA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma Presidente del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

## CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	11
INTRODUCCIÓN .....	12
1. OBJETIVOS .....	19
1.1. OBJETIVO GENERAL .....	19
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	19
2. PROPÓSITO .....	20
3. MARCO DEL TRABAJO .....	21
3.1. MARCO TEÓRICO .....	21
3.1.1. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y FACTORES SOCIALES DETERMINANTES .....	24
3.1.2. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN COLOMBIA .....	25
4. METODOLOGÍA.....	28
4.2. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN .....	28
4.2.1. Unidades de Análisis o Variables. ....	28
4.2.1.1. Universo.....	28
4.2.1.2. Población de estudio.....	28
4.2.1.3. Variables.....	29
4.2.1.4. Plan de recolección de datos.....	29
4.3. INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	29
4.3.1. Instrumentos de investigación.....	29
4.4. ASPECTOS ÉTICOS .....	29
4.5. PLAN DE TABULACIÓN.....	30
4.6. PLAN DE PRESENTACIÓN .....	30
4.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	30
4.7.1. Plan de análisis. ....	30
5. RESULTADOS .....	31

<b>DISCUSIÓN</b> .....	45
<b>CONCLUSIONES</b> .....	47
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	49
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	51
<b>ANEXOS</b> .....	58

## LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Rango de edad de la muestra .....	31
Tabla 2. Características sociodemográficas del segmento de 40 a 69 años de edad .....	32
Tabla 3. Autopercepción de salud de la población entre 40 y 69 años de edad ....	33
Tabla 4. Autopercepción de salud según género.....	34
Tabla 5. Autopercepción de salud según estado civil .....	35
Tabla 6. Autopercepción de salud según nivel educativo .....	35
Tabla 7. Actividad física de los individuos entre 40 y 69 años de edad .....	36
Tabla 8. Práctica de fumar en los individuos entre 40 y 69 años de edad .....	37
Tabla 9. Presencia de hipertensión arterial en los individuos entre 40 y 69 años de edad.....	37
Tabla 10. Presencia de diabetes en los individuos entre 40 y 69 años de edad....	37
Tabla 11. Índice de Masa Corporal (IMC) en los individuos entre 40 y 69 años de edad.....	38
Tabla 12. Relación entre características sociodemográficas y autopercepción de salud en individuos entre 40 y 69 años de edad .....	39
Tabla 13. Autopercepción de salud en individuos con hipertensión arterial.....	40
Tabla 14. Prueba Chi Cuadrado hipertensión arterial y autopercepción de salud ..	40
Tabla 15. Autopercepción de salud y práctica de fumar .....	41
Tabla 16. Prueba Chi Cuadrado práctica de fumar y autopercepción de salud .....	41
Tabla 17. Autopercepción de salud y diabetes .....	41
Tabla 18. Prueba Chi Cuadrado diabetes y autopercepción de salud .....	42
Tabla 19. Autopercepción de salud y actividad física .....	42
Tabla 20. Prueba Chi Cuadrado actividad física y autopercepción de salud .....	43
Tabla 21. Autopercepción de salud e IMC .....	43
Tabla 22. Prueba Chi Cuadrado IMC y autopercepción de salud .....	43

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pag.
Ilustración 1. Distribución de edades .....	32

## LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables .....	56
Anexo 2. Instrumentos de la encuesta Nacional de Salud 2007 .....	62



## LISTA DE SIGLAS

**ENS:** Encuesta Nacional de Salud

**APES:** Autopercepción del Estado de Salud

**ECV:** Enfermedad Cardiovascular

**ENT:** Enfermedad no Trasmisibles

**HTA:** Hipertensión Arterial

**IMC:** Índice de masa corporal

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de Salud

**ALC:** Población de América Latina y del Caribe

**ENDS:** Encuesta Nacional de demografía y salud

**SPSS:** Statistical Package for the Social Science

**KG:** Kilogramos

**Cm<sup>2</sup>:** Centímetros al cuadrado

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**ASIS:** Análisis de la Situación de Salud

**ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la autopercepción del estado de salud en la población colombiana de 40 a 69 años con riesgo cardiovascular, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2007. **Materiales y métodos:** cuantitativo y transversal, a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud 2007, población con edades de 40 a 69 años, resultando 18.970 individuos. Se construyó una variable componente para desigualdad y capital social. Las variables del estudio fueron, por una parte, sociodemográficas tales como género, estado civil y nivel educativo; a su vez, los factores de riesgo cardiovascular medidos con la presión arterial (HTA), diabetes o alto nivel de azúcar en sangre, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo y actividad física; la variable dependiente para los contrastes de hipótesis fue la autopercepción de salud. El análisis empleó el uso de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales (Análisis univariado y bivariado), ejecutando la prueba Chi Cuadrado con un 95% de confianza. **Resultados:** En términos generales, como factor común en Colombia, los determinantes para percepción negativa de salud están relacionados con: ser mujer, estar casado o en unión libre, nivel educativo bajo (primaria o ninguna), en estos casos p valor es menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ), adicionalmente, ser hipertenso, diabético, no hacer actividad física y tener pesos inferiores o superiores al normal está asociado a menores niveles de salud autopercebida. **Conclusión:** El tener algún factor de riesgo cardiovascular, así como ser mujer y tener un nivel educativo bajo, son elementos comunes y definitivos para percibir de forma negativa la salud. En síntesis, los factores de riesgo cardiovascular y las variables sociodemográficas reflejan la percepción de salud de los colombianos; los hallazgos deben orientar las políticas públicas en materia del cuidado de la salud de los individuos entre 40 y 69 años de edad.

**Palabras claves:** Autopercepción del estado de salud, Riesgo cardiovascular, Variables sociodemográficas, Estado de salud.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the self-perception of the state of health in the Colombian population between 40 and 69 years of age with cardiovascular risk, according to data reported by the 2007 National Health Survey. **Materials and methods:** quantitative and cross-sectional, based on data from the 2007 National Health Survey, population aged 40 to 69, resulting in 18,970 individuals. A component variable was constructed for inequality and social capital. The variables of the study were, on the one hand, sociodemographic such as gender, marital status and educational level; on the other hand, cardiovascular risk factors measured by blood pressure (HTA), diabetes or high blood sugar level, body mass index (BMI), smoking and physical activity; the dependent variable for hypothesis contrasts was health self-perception. The analysis employed the use of descriptive and inferential statistical techniques (univariate and bivariate analysis), performing the Chi-Square test with 95% confidence. **Results:** In general terms, as a common factor in Colombia, the determinants for negative health perception are related to: being a woman, being married or in union, low educational level (primary or none), in these cases p value is less than 0.05 ( $p < 0.05$ ), additionally, being hypertensive, diabetic, not doing physical activity and having lower or higher than normal weights is associated with lower levels of self-perceived health. **Conclusion:** Having some cardiovascular risk factor, as well as being a woman and having a low educational level, are common and definitive elements to perceive health negatively. In summary, cardiovascular risk factors and sociodemographic variables reflect the health perception of Colombians; the findings should guide public policies on health care for individuals between 40 and 69 years of age.

**Keywords:** Self-perception of health status, Cardiovascular risk, Sociodemographic variables, Health status.

## INTRODUCCIÓN

La autopercepción de la salud se considera como una medida simple pero completa para evaluar la salud con base en múltiples dimensiones, y constituye un indicador válido y relevante del estado de salud, pues es producto de una concepción individual y subjetiva que evidencia la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos (1). Adicionalmente, es considerada como la métrica del estado de salud más utilizada, cada vez en mayor magnitud, en estudios epidemiológicos y encuestas poblacionales, debido a su validez en predecir la morbi-mortalidad y el decremento funcional en personas mayores; así como en el seguimiento de grupos poblacionales con problemas de salud específicos y en la medición de la efectividad de las intervenciones implementadas (2).

En efecto, este concepto se relaciona con el seguimiento de los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares, por lo que es imperativo que el individuo conozca sus cifras de parámetros de riesgo y tenga una percepción correcta del riesgo de enfermedad, para prevenir su aparición, principalmente si se tiene en cuenta que en Colombia, según datos reportados por el DANE (2016), las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte, reportando al año unas 16.076 defunciones, de las 96.236 registradas en 2016, esto significa un 16,7% del total de fallecimientos en Colombia (3).

Sin embargo, autores como Emerson en el año 2003, definen en estudios relacionados (seguimiento a 6.513 hombres británicos de mediana edad, durante un periodo de 10 años), que al menos el 80% de los principales eventos de riesgo de enfermedad coronaria en hombres de mediana edad pueden atribuirse a los tres factores de riesgo más fuertes, contribución combinada del colesterol total en suero, la presión arterial elevada y el consumo de cigarrillos (4). Además, se han encontrado aportes de investigaciones sobre la percepción de salud, en las que se observa, que la autopercepción negativa se asocia a la presencia de dolor, obesidad y enfermedades crónicas, es decir, depende de las condiciones de salud, trabajo, edad y estilo de vida (5).

Gracias al análisis del reporte del DANE, se concluye que los adultos mayores con un potencial riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, requieren concientizarse de las afectaciones que trae consigo los malos hábitos de su diario vivir, como son: consumo de cigarrillo, el sedentarismo, el sobrepeso/obesidad, el consumo nocivo de alcohol, las dietas malsanas (ricas en grasas saturadas, de origen animal, y carbohidratos); y que además, presentan patologías asociadas

como la hipertensión, la diabetes y presentan niveles elevados de colesterol en la sangre (3), dado que, la presencia de cualquiera de estos factores de riesgo con el tiempo les podría ocasionar una alta probabilidad de enfermedad y muerte.

Por otra parte, el Gobierno Colombiano (Ministerio de la Protección Social en asociación con Colciencias), dentro del proceso metodológico del Análisis de la Situación de Salud - ASIS 1-, se dio a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo y discapacidad, así mismo, caracterizaron la oferta y la demanda de los servicios de salud (5). que como resultado obtuvo el Protocolo de la Encuesta Nacional de Salud, ENS, aplicada durante el 2007 a lo largo de la geografía nacional (5). La ENS 2007 fue diseñada como un estudio de corte transversal y alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico (5).

Aprovechando los datos de la Encuesta en mención, ENS 2007; cuyos datos fueron cedidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social para fines investigativos, se realizó el presente proyecto de investigación, en el cual se evaluó y analizó los resultados de las variables socio/demográficas (sexo, nivel educativo, estado civil), los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, HTA, IMC, fumar, sobrepeso, actividad física) en los individuos entre las edades de 40 a 69 años, con el firme propósito de establecer las posibles relaciones que hay entre estas variables y la Autopercepción del Estado de Salud, dada su capacidad para pronosticar la situación de morbimortalidad que tiene una población.

Toda vez, que se conoció el grado de influencia que tiene la autopercepción en individuos con factores de riesgo cardiovascular, se esbozó ajustes en los esquemas y conceptos actuales de prevención cardiovascular en donde la percepción del estado de salud sea el eje central, y busque concientizar a todos los grupos poblacionales sobre la detección y el control de los factores modificables de riesgo cardiovascular, permitiendo desarrollar políticas e intervenciones que reduzca la morbimortalidad de este tipo de patologías de mayor predominio en la Población Colombiana.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autopercepción de la salud se refiere a la evaluación o consideración que tiene un individuo de su propio estado de bienestar general (2), y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico, por lo tanto, su medición, se considera una estrategia confiable y consistente dado que, puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad, además de reflejar un concepto más amplio de la salud (6).

Se ha sugerido que la autopercepción de la salud refleja algo más que el estado de salud objetivo, considerando que gran parte de los estudios que la analizan incorporan variables como la presencia de enfermedades crónicas y el estado funcional en sus modelos (7), considerándola un poderoso predictor de morbilidad y mortalidad futuras, incluso después de controlar una variedad de índices de estado de salud físicos, sociodemográficos y psicosociales (8). Dentro de este interés, se destaca el número creciente de estudios que analizan el estado de salud autopercebido como variable clave para analizar otros fenómenos y procesos, o bien para compararlo con otros indicadores de salud (9).

Ciertamente, investigadores como Vladislavovna, Pérez y Reyes en el año 2008, indican que la autopercepción que tiene cada persona depende de las condiciones de salud, trabajo, edad y estilo de vida; por ejemplo, la presencia de dolor, obesidad y enfermedades crónicas se acompaña de cambios negativos en la autopercepción de salud. Por el contrario, una mayor educación, estilos de vida saludables, como la realización de actividad física, cesación del tabaquismo y dieta sana se vinculan con una mejor percepción del estado de salud (10).

Por tanto, la autopercepción de salud asociada a riesgos cardiovasculares tiene un impacto directo sobre el bienestar de la población dado que refleja el estilo de vida o las condiciones psicosociales y sociodemográficas que se sabe tienen efectos adversos sobre la salud, principalmente si se tiene en cuenta que las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de muerte en todo el mundo, representando un 30% de todas las muertes registradas (11), y en Colombia se constituyen en la principal causa de morbilidad y mortalidad (12), por lo que es una enfermedad de carácter permanente, multicausal, y que requiere de largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control (12), por lo que comprometen indistintamente todos los aspectos de la vida, causando alteraciones a nivel físico, psicológico, emocional y social (13).

En tal razón, analizar los factores asociados a la percepción personal de salud con la expresión de distintos niveles de salud, permiten ampliar las perspectivas para

la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a diferentes grupos poblacionales (14). Por lo tanto, se consideró pertinente, realizar un estudio, que permitiera evaluar la autopercepción del estado de salud en individuos con riesgo cardiovascular en Colombia, tomando como referencia los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007, puesto que son pocos los estudios realizados sobre este tema y los factores relacionados con la autopercepción negativa, en este grupo poblacional.

Todo lo anterior, conduce a cuestionar:

¿Cuál es la autopercepción del estado de salud en individuos con riesgo cardiovascular en Colombia, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2007?

## JUSTIFICACIÓN

La salud auto-referida (auto-percepción de la salud) es un indicador de calidad de vida que concierne a la percepción de la propia salud por parte de los individuos consultados. Es utilizada cada vez en mayor magnitud en estudios epidemiológicos, debido a su validez en predecir la morbi-mortalidad; así como en el seguimiento de grupos poblacionales con problemas de salud específicos y en la medición de la efectividad de las intervenciones implementadas (15).

Dado que la autopercepción del estado de salud, es una herramienta factible y ha sido estudiada en los últimos años; diversas investigaciones revelan que medirla, es útil como indicador global del nivel de salud poblacional (16), y su comprensión puede ayudar a los profesionales de la salud pública a priorizar intervenciones de salud y prevenir enfermedades, independientemente de la salud objetiva y los estilos de vida, pues se asocia con los diversos resultados de la enfermedad, la utilización de los servicios de salud e, incluso, como un factor predictor de mortalidad (17).

Varios estudios que evaluaron grupos poblacionales en varios países para diferentes períodos de seguimiento han encontrado que los encuestados que se percibían en mala salud presentan un riesgo de mortalidad 2 a 7 veces mayor que aquellos que percibían que su salud era excelente, incluso después del ajuste para enfermedades y otras condiciones de salud importantes. También se observa un patrón de dosis-respuesta mediante las opciones de respuesta de escala tipo Likert (por ejemplo, Muy bueno, Bueno, Regular, Pobre o Muy pobre), con la probabilidad de que la muerte aumente gradualmente hacia la categoría de respuesta "Muy pobre" (18).

A pesar de su simplicidad, a la autopercepción de salud, no se le debe considerar una medida imperfecta de la salud física, sino un medio que proporciona una evaluación global del estado de salud e incluye la autopercepción de la constitución física, mental y social, pues es producto de una concepción individual y subjetiva que evidencia la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos.

Asimismo, puede revelar condiciones desconocidas, tales como signos y síntomas de enfermedades (diagnosticadas o no), o el impacto que estas tienen sobre el bienestar de la persona, además de otros factores que influyen sobre la salud (por ejemplo, los recursos financieros y personales, los comportamientos relacionados con la salud, los factores de riesgo familiar), los cuales, aunque menos relevantes



para predecir la muerte, son en su conjunto una manifestación holística del bienestar individual (19).

La mayoría de las ECNT (en especial las cardiovasculares) pueden ser prevenidas si se reducen los factores de riesgo, lo que hace necesario conocer la prevalencia de estos en diferentes grupos poblacionales, con el fin de implementar políticas y programas de salud pública tendientes a reducirlos (20).

Por esta razón, se busca evaluar la autopercepción de la salud en individuos con riesgo cardiovascular según datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2007, de tal manera, se aporte información que oriente a la formulación de políticas en la búsqueda de prevenir enfermedades cardiovasculares; dado que estas, se consideran la principal causa de morbilidad a nivel mundial, las cuales, sumadas a estilos de vida poco saludables, ocasionan una alta tasa de mortalidad por causa cardiovascular (21).

En el año 2020 si las tendencias actuales se mantienen, estas enfermedades representarán el 73% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad (22). Según reportes de la OMS, en 2012 murieron por enfermedades cardiovasculares (ECV) 17.5 millones de personas, lo cual representa 31 % de todas las muertes registradas en el mundo, las cuales pudieron prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, la mala alimentación, la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol (23).

Es importante precisar, que el proceso degenerativo de las arterias producido por las ECV si bien sus manifestaciones clínicas aparecen en la vida adulta, su inicio lesional comienza durante la infancia, y su desarrollo guarda relación con factores genéticos (no modificables) que influyen en el desarrollo de trastornos como la Diabetes mellitus tipo 2, la Hipertensión arterial y las Dislipemias, así como, con factores ambientales, de los que la dieta, la vida sedentaria, la obesidad, el tabaco y la sal son los más importantes y son susceptibles de ser modificados. En el inicio y desarrollo de este proceso aterosclerótico los diferentes factores de riesgo implicados actúan sinérgicamente, de forma que el riesgo cardiovascular derivado de la exposición simultánea a varios de ellos es superior al esperado por la suma del riesgo de cada uno por separado (24).

Y en el caso de los factores de riesgo cardiovascular como la Hipertensión Arterial (18) y la diabetes mellitus (24), esta evidenciado que guardan relación con una mayor probabilidad de autopercepción negativa de la salud. Al conocer el grado de influencia que tienen los factores de riesgo cardiovascular sobre la autopercepción, se podrían generar intervenciones sanitarias integrales, que realicen análisis tendientes a desarrollar políticas que permitan reducir la morbimortalidad por esta causa.



## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la autopercepción del estado de salud en la población colombiana de 40 a 69 años con riesgo cardiovascular, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2007

### **1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la autopercepción del estado de salud de la Población Colombiana, según sexo, estado civil, y nivel de escolaridad, en individuos de 40 a 69 años, según datos reportados por la Encuesta Nacional De Salud 2007.
- Identificar los individuos de 40 a 69 años con factores de riesgo cardiovascular, según datos reportados por la Encuesta Nacional De Salud 2007.
- Establecer la relación entre las características sociodemográficas y la autopercepción de salud con los factores de riesgo cardiovascular en individuos de 40 a 69 años, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2007.

## **2. PROPÓSITO**

Proporcionar una línea base para la población colombiana, estableciendo el impacto del riesgo cardiovascular en la percepción del estado de salud, de manera que se pueda comparar periódicamente el comportamiento de las variables estudiadas y se generen intervenciones sanitarias integrales desde la primera infancia, que desarrollen estrategias y políticas, tendientes a reducir la morbilidad y mortalidad por causa de las enfermedades cardiovasculares en la etapa adulta.

### 3. MARCO DEL TRABAJO

#### 3.1. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) junto con el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, se identifican en su conjunto como enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales han mostrado un rápido aumento, y son la principal causa de muerte en el mundo. Para 2008, las ENT causaron el 63% de las muertes y se estima un incremento del 15% (44 millones) entre 2010 y 2020, alcanzando el 73% de la mortalidad y el 60% de la carga de la morbilidad (25).

Colombia no es ajena a esta realidad, constituyéndose las ENT en la causa principal de morbilidad prematura, considerándose un problema de gran importancia para la salud pública del País, en este grupo de enfermedades se destacan: a) *Las enfermedades cardiovasculares*: se resaltan los accidentes cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica por la gran frecuencia con que causan la muerte, y la hipertensión por su prevalencia; b) *El cáncer*: en particular el cervicouterino y el mamario en las mujeres; el cáncer de la próstata en los hombres; y del pulmón, el estómago y el colon; c) *La diabetes*: puede aumentar drásticamente la discapacidad y la mortalidad prematura (26).

El ascenso rápido de las ENT representa un principal reto de salud para el desarrollo mundial. Mientras la amenaza de las ENT en los países desarrollados ha sido largamente reconocida, el predominio de estas enfermedades en los países en desarrollo es de inquietud creciente. Factores de riesgo como hipertensión arterial, uso de tabaco y alcohol, colesterol elevado, obesidad y enfermedades vinculadas a ellos han sido tradicionalmente más comunes en los países industrializados. Sin embargo, el Informe Mundial de la Salud del 2002 revela que estos factores ahora prevalecen en las naciones en desarrollo. Para los países de bajos y medianos ingresos se crea una doble carga de enfermedades, pues todavía no han vencido la batalla contra las enfermedades infecciosas (27).

Estimaciones realizadas en el año 2000, indican que la prevalencia de la hipertensión en América Latina y el Caribe varía de 14 a 40% en las personas de 35 a 64 años, afectando a un total de 140.000.000 (28). Además, co-existen importantes diferencias poblacionales en hábitos alimentarios, ingesta de sal y alcohol entre las diversas poblaciones que influyen en el grado y severidad de los factores de riesgo cardiovascular y la hipertensión en particular (29). La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en la Región, aunque la mortalidad por esta causa ha disminuido constantemente en la mayoría

de los países de las Américas, con una reducción general de 19% entre el 2000 y el 2010 (20% en mujeres y 18% en hombres) (30).

Por otro lado, se estima que casi 35.000.000 de personas tendrían diabetes en los países latinoamericanos. Para el año 2025, en tanto, se proyecta un aumento en la prevalencia de la diabetes que comprometería a 64.000.000 de personas (28). En efecto, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad (31). y lo que es peor, en el 2015, se estima que la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012 (31). Ambas enfermedades elevan la carga de enfermedades cardiovasculares, sobre todo la de cardiopatía isquémica y la de accidentes cerebrovasculares, y refuerzan complicaciones tales como las amputaciones, la insuficiencia renal, y la ceguera (27).

Por esta razón, a nivel mundial cada día se crea más conciencia sobre la necesidad de apoyar la lucha contra las ENT. Un esfuerzo intersectorial, que ha adelantado, un sinfín de estrategias, para lograr minimizar su impacto en la salud general de la Población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su calidad de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado los objetivos programáticos y las políticas que, en forma efectiva, procuran prevenir y controlar las ENT en las Américas (32).

De igual forma, diferentes estudios indican que la mayor parte de las ENT son prevenibles o se pueden detener. Muchas son reversibles y curables, y otras tantas son susceptibles de prevención secundaria. No obstante, la lucha contra las ENT depende de la detección oportuna y del control de los factores de riesgo principales (33–36). Para ello, la mayor parte de los países de la Región de las Américas han adquirido el compromiso de abordar y vigilar eficazmente las ENT. El costo de la falta de acción tendrá efectos negativos en la salud, la calidad de vida y el bienestar económico de las personas y la sociedad (29).

Sobre el riesgo, la ciencia de la salud es definida como la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o padecimiento que incide directamente en la disminución de la calidad de vida de las personas. Se plantea que en esta y otras áreas del conocimiento el uso de la terminología referida al riesgo es incorrecto e inexacto, y que cuando se habla de factores de riesgo deben cuantificarse, con vista a tener una idea más realista de su significado (37). Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *riesgo*, como la posibilidad de un resultado adverso, o factor que aumenta esta la frecuencia de ocurrencia. Los múltiples factores de riesgo están relacionados con la etiología de las ENT y tienden a agruparse en ciertos sectores de la población. A continuación, figura una

clasificación útil de ellos para la evaluación poblacional y la vigilancia sanitaria en las personas: *Factores de riesgo generales*: edad, sexo, escolaridad y composición genética; *Factores de riesgo conductuales*: tabaquismo, régimen alimentario inadecuado e inactividad física; *Factores de riesgo intermediarios*: niveles de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad; En las comunidades (factores contextuales); *Condiciones sociales y económicas*: pobreza, empleo y composición familiar; *Medio ambiente*: clima y contaminación del aire; *Cultura*: prácticas, normas y valores; *Urbanización*: su influencia en la vivienda, en el acceso a los productos y servicios (27).

Aunque el riesgo puede tener distintas connotaciones, los científicos han intentado determinar y cuantificar los riesgos existentes para la salud. La población puede percibir los riesgos de forma totalmente diferente a los científicos y a los expertos en salud pública. Puesto que en los países de ingresos bajos y medios están afrontando una carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles además de las enfermedades infecciosas (38). También es posible, que existan diferentes percepciones de riesgos en función de los distintos sectores de la sociedad. La cultura, el medio ambiente, los medios de comunicación social, los grupos con intereses particulares y el acceso a los productos como consecuencia de la influencia de la globalización, determinan la forma de comprender los riesgos. Al mismo tiempo, los cambios en los hábitos de vida y de trabajo han llevado a una disminución de la actividad física y el trabajo físico. La televisión y la computadora son dos razones evidentes de que la población pase muchas más horas al día sentada y relativamente inactiva que la generación anterior. El consumo de tabaco, alcohol y alimentos elaborados o «rápidos» encaja con facilidad en ese tipo de vida (39).

Por esta razón, En Colombia, según datos del Ministerio de Salud (2011), el infarto es una de las principales causas de mortalidad reportando al año unas 29.000 defunciones, en su mayoría hombres (16.000 casos). Esto quiere decir que, en promedio, cada día 80 personas fallecen por esta enfermedad (40).

*“Es importante que cada cual conozca sus factores de riesgo y los modifique o los trate oportunamente, antes de que se produzcan muertes súbitas o enfermedades cardiocerebrovasculares”.* Enrique Melgarejo, presidente de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (40).

En tal sentido, es importante que los individuos, en especial los adultos mayores, empiecen a concientizarse de las afectaciones en su vida, por los malos hábitos de su diario vivir: consumo de cigarrillo, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el consumo nocivo de alcohol, las dietas malsanas (ricas en grasas

saturadas, de origen animal, y carbohidratos); además, enfermedades como la hipertensión, la diabetes y los niveles elevados de colesterol en la sangre (41).

Para ello, deben realizarse esfuerzos a escala tanto internacional como nacional para combatir los riesgos sanitarios, cuya distribución es muy amplia: hipertensión arterial, tabaco, alcohol, sedentarismo, obesidad y colesterol, que suponen ahora grandes amenazas en todo el mundo y son causa de gran parte de la carga de morbilidad en los países industrializados. Esos factores de riesgo ya están contribuyendo a la doble carga de riesgos sanitarios en los países de ingresos medianos y cada vez van cobrando más importancia en los de bajos ingresos (40). Según mi punto de vista, estos espacios se deben aprovechar, para debatir y contextualizar los éxitos y fracasos de los sistemas de salud de los países más desarrollados, que permita enriquecer las estrategias y políticas para el control de las enfermedades no transmisibles, ENT, y la comunicación sobre los riesgos como parte integrante del proceso de gestión de los riesgos. Lo anterior como método pedagógico y técnico, orientadas a modificar la distribución de los factores de riesgo y la posibilidad de controlar la incidencia en el conjunto de la población.

**3.1.1. Cambios demográficos y factores sociales determinantes.** El vínculo ineludible entre el agrupamiento de los riesgos de enfermedades y los factores demográficos, culturales, sociales y económicos fundamentales, es complejo. Esta región ha vivido algunos efectos sumamente pronunciados de los cambios demográficos, caracterizados por un descenso en las tasas de fecundidad y la prolongación paulatina de la esperanza de vida en la segunda mitad del siglo XX. Como consecuencia, la proporción de población adulta está creciendo, y es en este segmento en el que se consolidan los factores de riesgo y se manifiestan las enfermedades. El aumento sustancial del número absoluto de casos de ENT representa una carga importante en la población (28).

Debido a los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica, las poblaciones de muchos países en desarrollo de ingresos medianos y bajos están expuestas a los riesgos derivados de las enfermedades transmisibles, así como al rápido incremento de los riesgos que imponen a la salud numerosos factores y enfermedades no transmisibles (40). Sin embargo, no se ha seguido el ritmo de estos cambios. De hecho, la urbanización ha servido de catalizador de las inequidades sociales y económicas, amplificándolas. Por lo tanto, la población de la América Latina y el Caribe (ALC) padece de enormes desigualdades sanitarias estructurales que se relacionan con el nivel socioeconómico, el género, y los grupos étnicos entre otros aspectos, y que revelan vínculos entre el riesgo de enfermedades, los efectos sobre la salud, y las condiciones sociales de vida. De ahí que, es importante brindar atención y educación a un miembro de la familia



para reducir los riesgos de todos sus integrantes inmediatos, dado que los factores de riesgo tienden a agruparse en las familias (28).

Cabe resaltar, el estudio de Petrie y Weinman, en donde, revisaron la literatura existente acerca de las percepciones de los pacientes sobre su enfermedad. Los autores hallaron que estas personas perciben que la enfermedad conlleva a una relación directa con varios resultados importantes para la salud, entre los que se destaca su nivel de funcionamiento y capacidad, la utilización de los cuidados de salud, la adhesión a los planes de tratamiento establecidos por profesionales de la salud, y hasta la mortalidad en general. Por consiguiente, la forma como una persona ve su enfermedad, juega un papel determinante en los resultados de su salud, que la gravedad real de su enfermedad (41).

En términos generales se puede decir que, la percepción de la enfermedad surge de la creencia personal sobre la enfermedad y lo que esta puede significar en el contexto de la vida de quien la padece. Por lo tanto, se deben tener creencias acerca de la causa de una enfermedad, del tiempo que va a durar, del cómo podrá afectar a quien la padezca o a sus familias, y cómo se puede controlar o curar. En conclusión, dice Petrie, es que "las percepciones de los pacientes sobre su enfermedad guían las decisiones sobre su salud". Si, por ejemplo, sentimos que un tratamiento prescrito no nos hace sentir mejor podríamos dejar el tratamiento (42).

La investigación sobre las percepciones de la enfermedad sugiere que, partiendo de unos efectivos planes de tratamiento de atención sanitaria van mucho más que tener a un médico competente. Según Petrie, "un médico puede hacer un diagnóstico preciso y un tratamiento excelente, pero si la terapia no se ajusta a la opinión del paciente sobre su enfermedad, es poco probable que tome ese medicamento." Un tratamiento que no tenga en cuenta la opinión del paciente es más que probable que fracase (42).

### **3.1.2. Percepción del estado de salud en Colombia.**

Según la ENDS 2010, en Colombia, la salud de los hombres es percibida como excelente, muy buena o buena en mayor proporción que la de las mujeres, en tanto que éstas perciben más su salud como regular o mala. Por edad, la percepción de una salud „excelente” se concentra en los grupos jóvenes (menores de 30 años) y empieza a disminuir en cada uno de los siguientes grupos de edad. Similar situación se presenta en las alternativas, muy bueno” y, bueno”. Por el contrario, en la alternativa, regular”, un porcentaje mayor del 30 por ciento empieza en el grupo de 40 a 49 años y se va incrementando paulatinamente. Los mayores porcentajes de la alternativa, malo” están después de los de 70 y más años de edad. Información

relevante, si se tiene en cuenta que, en este grupo poblacional, es donde mayormente se ubican las enfermedades de riesgo cardiovascular (43).

Así mismo, en la ENDS, se evidencia una tendencia en la que, a mayor educación, la percepción de una mejor salud es también superior. En la categoría de, "excelente", el porcentaje entre los que tienen educación superior es de 14, mientras que entre los de solo primaria es solamente de 8 por ciento. Lógicamente, el grupo sin educación y el de primaria son los que tienen los porcentajes más altos de percepción de la salud como regular o mala.

Adicionalmente, la población que reside en el área urbana tiene una tendencia mayor a percibir su salud como "excelente", "muy buena" y "buena" que la que vive en la zona rural, y en ésta, la tendencia es mayor que para los primeros a percibirla como "regular" y "mala". Y cuando reportan haber tenido problemas de salud en los últimos 30 días, el 12 por ciento informó que se auto medicó, 9 por ciento utilizó remedios caseros, 5 por ciento recibió asistencia de una farmacia o droguería y 4 por ciento manifestó que no hizo nada para ello. El área rural, tiene los porcentajes más altos del uso de remedios caseros y de la automedicación. Hecho que reviste importancia, por lo que, la no adherencia a los tratamientos prescritos y a las recomendaciones para tener un estilo de vida saludable, redundaría negativamente en la disminución de enfermedades de riesgo cardiovascular (43).

Lo anterior deja entrever que pese a que la autopercepción del estado de salud (APES) es un indicador subjetivo, se considera una aproximación confiable del estado de salud global y un componente importante de la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud lo ha recomendado para la conducción de estudios epidemiológicos, en los cuales, se ha descrito que existe una relación directa entre la APES y la mortalidad. Y en concordancia con lo evidenciado en la ENDS 2010, La autopercepción buena o excelente acerca de la salud se relaciona con una mayor sobrevivencia, mientras que la APES negativa se vincula con un riesgo mayor de mortalidad. La APES depende de las condiciones de salud, trabajo, edad y estilo de vida; por ejemplo, la presencia de dolor, obesidad y enfermedades crónicas se acompaña de cambios negativos en la APES.

Por el contrario, una mayor educación, estilos de vida saludables, como la realización de actividad física, cesación del tabaquismo y dieta sana se vinculan con una mejor percepción del estado de salud (27). En estudios realizados se reporta que las personas que tienen estudios superiores presentan valoraciones más positivas de su salud: dos de cada tres dicen que su salud es buena o muy buena. Lo contrario sucede entre las personas de baja educación (43–46).

Asimismo, Rico y Arana confirma que: la edad, así como padecer una enfermedad y en presencia de una discapacidad, fueron factores fuertemente asociados a la autopercepción del estado de salud. El ajuste realizado por tipo de enfermedad mostró que los adultos mayores que padecen diabetes mellitus y algún problema de discapacidad, tienen mayor probabilidad de percibir un mal estado de salud, comparados con aquellos que padecen hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular o alguna enfermedad respiratoria. También es importante señalar que la variable sexo y el estado civil resultaron ser no significativas al percibir un estado de salud específico, resultados contrastantes con otros estudios nacionales e internacionales (47).

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

El diseño metodológico de esta investigación fue de tipo cuantitativo y transversal, evaluando la autopercepción del estado de salud en individuos con riesgo cardiovascular de un periodo, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007 cedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social para fines investigativos. En este sentido, la identificación de los criterios aportados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) suministrada, permite una proyección de la guía teórica conceptual sobre las formas de asumir y analizar la población objeto, estableciendo con claridad la identificación y/o aproximación de los factores asociados en la autopercepción de salud en sujetos con factores de riesgo cardiovascular.

### **4.2. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El ámbito de la investigación cobijó todo el territorio nacional y se estructuró de acuerdo a los requerimientos o directrices emanados desde el Ministerio de Salud Nacional en un enfoque integral para dar respuesta de manera completa a los requerimientos del sector salud y partes de interés en todo el territorio nacional. Para el caso específico de esta investigación, se tomó un rango de edad de entre los 40 a 69 años.

**4.2.1. Unidades de Análisis o Variables.** Se utilizaron las variables socio/demográficas (sexo, nivel educativo, estado civil); factores de riesgo (diabetes, factores de riesgo cardiovascular medidos con la presión arterial (HTA), índice de masa corporal (IMC), fumar, actividad física) y autopercepción de salud.

**4.2.1.1. Universo.** Estuvo constituido por la información de hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la caracterización de la situación de salud de Colombia.

**4.2.1.2. Población de estudio.** El proyecto de investigación tuvo su desarrollo en Colombia, con base a la información de la Encuesta Nacional de Salud 2007; dicho estudio utilizó un diseño muestral de conglomerados, estratificado y polietápico. La población del estudio estuvo conformada por 80.628 personas en todo el territorio colombiano y para fines de la presente investigación el principal criterio de inclusión para la muestra correspondió a los individuos entre

40 y 69 años de edad, de este modo quedaron excluidos los que no estuvieron en dicha categoría.

El procedimiento para realizar esta segmentación de la muestra fue realizado mediante el comando selección de casos provisto por el programa estadístico SPSS, en el cual está configurada la data, de este modo solo quedaron los casos que cumplían la condición, los cuales ascendieron a 18.970 casos entre 40 y 69 años de edad.

**4.2.1.3. Variables.** Las variables del estudio fueron, por una parte, sociodemográficas tales como género, edad, estado civil y nivel educativo; a su vez, los factores de riesgo cardiovascular medidos con hipertensión arterial (HTA), diabetes o alto nivel de azúcar en sangre, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo y actividad física; la variable dependiente para los contrastes de hipótesis fue la autopercepción de salud, para mayor detalle ver el cuadro de operacionalización que se encuentra en el anexo 1.

**4.2.1.4. Plan de recolección de datos.** Los datos analizados en el presente estudio fueron recolectados en el año 2007 mediante la Encuesta Nacional de Salud, en tal sentido, corresponde a una fuente secundaria de información y no se realizó procedimiento alguno para ejecutar procedimientos relacionados con el levantamiento de información.

### **4.3. INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**4.3.1. Instrumentos de investigación.** No se empleó un instrumento de recolección de la información, dado que se hizo una revisión de la base de datos, y se utilizó la matriz electrónica suministrada a la Universidad del Norte con fines de investigación por el Ministerio de Salud y Protección Social que fue cedida para maximizar y profundizar la medición y análisis del objeto de estudio; para mayor detalle consulte el anexo 2 en donde se muestra el acceso a los instrumentos de utilizados en el estudio. Por otra parte, los datos se trasladaron al paquete estadístico SPSS en el cual se adecuaron para su procesamiento.

### **4.4. ASPECTOS ÉTICOS**

Los datos e información capturada en la investigación provienen de fuentes secundarias, se considera sin riesgo en cuanto a su manejo, de acuerdo a la Resolución 8430 vigente en Colombia en la actualidad.

#### **4.5. PLAN DE TABULACIÓN**

Para la presentación final se compilaron los resultados a exponer, mediante tablas y figuras generadas en el programa SPSS versión 24, según la naturaleza y distribución de las variables, el cual permitió generar las relaciones del caso con el fin de visualizar la información relacionada con los objetivos trazados.

En el caso del objetivo específico 1 y 2 se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje univariadas y bivariadas que permitieran observar de manera conjunta las variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y la autopercepción de salud. Por otra parte, para el objetivo específico 3 se realizó el análisis con base en las tablas arrojadas por el paquete estadístico con referencia a la prueba Chi Cuadrado.

#### **4.6. PLAN DE PRESENTACIÓN**

Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia absolutas y relativas, adicionalmente, para apoyar los análisis se realizó un gráfico de distribución poblacional.

#### **4.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.**

**4.7.1. Plan de análisis.** Para la gestión, procesamiento y ponderación de los datos establecidos como resultado del proceso de recolección de la información se hizo mediante el uso de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales, tales como:

- *Análisis Univariado:* tablas de frecuencia absoluta y relativa, para las variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y autopercepción de salud.
- *Análisis Bivariado:* se fundamentó en realizar los cruces de las variables dependientes (sociodemográfica y factores de riesgo) con la autopercepción de salud mediante el empleo de tablas de contingencia con la finalidad de ejecutar la prueba Chi Cuadrado con un 95% de confianza.

## 5. RESULTADOS

Tomando como referencia los 18.970 casos que corresponden a los individuos seleccionados para la muestra y con el rango de edad de 40 a 69 años, se presentan los resultados del análisis descriptivo e inferencial para dar respuesta cada uno de los objetivos específicos trazados; en tal sentido, la sección se organiza en un primer bloque para exponer las características sociodemográficas de las personas; seguidamente, se identificarán aquellos que cuentan con factores de riesgo cardiovascular y, por último, se examinan potenciales asociaciones entre las variables sociodemográficas, factores de riesgo y la autopercepción de salud.

Es importante señalar, que el procedimiento estadístico para el desarrollo del objetivo 1 y 2 se realiza con base en los lineamientos del análisis descriptivo, es decir, para comprender los hallazgos se muestran tablas de frecuencia y gráficos que destacan las características más relevantes. Respecto al objetivo 3, se aplican procedimientos inferenciales utilizando la prueba Chi Cuadrado de Pearson para medir la existencia de asociación o no entre las variables; sin embargo, estos detalles se amplían de forma detallada en la sección metodológica del estudio.

### 5.1. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA

A continuación, se expone en la tabla el rango de edad seleccionado entre 40 y 69 años de edad y la cantidad de individuos que lo componen, a fin de dar al lector el número base sobre el cual se desarrollan los resultados que se presentan en lo sucesivo.

Tabla 1. Rango de edad de la muestra

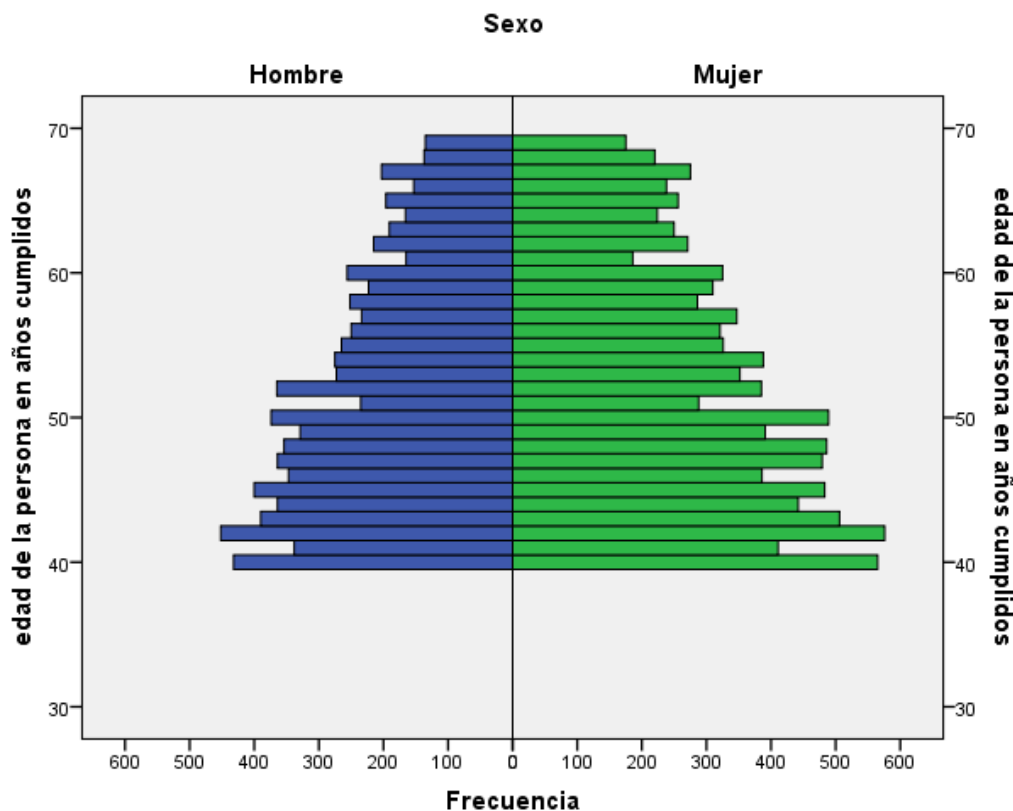
	<b>n</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>
Edad de la persona en años cumplidos	18.970	40	69	52,00	8,338

Fuente: elaboración propia, 2018

La edad promedio indica que la muestra indica que es una población potencialmente madura, alrededor de los 52 años; por otra parte, la desviación de

edades en el grupo es  $Dt = 8,338$  lo cual se puede interpretar como la diferencia de años que existe entre el conjunto de personas analizado. En la figura 1 se muestra la distribución de estos datos según el género.

Ilustración 1. Distribución de edades



Fuente: elaboración propia, 2018.

Se extrae del gráfico que existe simetría de edades entre ambos sexos; por ello, se afianza la idea de que la mayor parte de la muestra tiene edades más cercanas a 40 años, indicándose esto por la forma de la pirámide, la cual tiene su parte inferior más ancha que la superior. Respecto a las características sociodemográficas, sexo, estado civil y nivel educativo, la tabla 2 resume los principales resultados.

Tabla 2. Características sociodemográficas del segmento de 40 a 69 años de edad

	CATEGORÍA	N	%
--	-----------	---	---



	<b>CATEGORÍA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	Hombre	8.333	43,9%
	Mujer	10.637	56,1%
	Subtotal	18.970	100,0%
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado(a) o Unión Libre	5.543	52,1%
	Soltero (a)	5.094	47,9%
	Subtotal	10.637	100,0%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Ninguno	2.165	11,6%
	Preescolar	45	0,2%
	Básica primaria	8.583	46,0%
	Básica secundaria y media	5.586	29,9%
	Técnico o tecnológico	814	4,4%
	Universitaria sin título	271	1,5%
	Universitaria con título	886	4,7%
	Postgrado sin título	20	0,1%
	Postgrado con título	297	1,6%
	Subtotal	18.667	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Antes de iniciar el análisis de estos datos, es importante señalar que la base de datos no reportó 8.333 casos en la variable estado civil para este rango de edad y 303 casos para el nivel educativo, motivado probablemente a que los individuos no manifestaron respuestas a estas preguntas. Hecha esta aclaratoria, de la tabla 2 se extrae que el segmento poblacional más representativo está conformado por mujeres; asimismo, la mayoría se encuentra casado o unión libre, dejando un menor margen para los que están solteros. Por otra parte, el nivel educativo de mayor importancia es la básica primaria seguida de la secundaria y media, poniendo de manifiesto que se dificultó para esta población haber alcanzado niveles educativos superiores.

Tabla 3. Autopercepción de salud de la población entre 40 y 69 años de edad

<b>AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy buena	1.941	10,2%
Buena	9.261	48,8%
Regular	6.780	35,7%
Mala	878	4,6%
Muy mala	110	0,6%
Subtotal	18.970	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Destaca de los resultados que la categoría de respuesta más representativa es *buena*, mientras que *regular* es la segunda de mayor importancia. Al interpretar los datos se observa que, entre la autopercepción *Muy buena* y *Buena*, se suma un 59% del total de la muestra, indicando este hecho que más de la mitad de estas personas consideran que su salud está bastante bien. Por otro lado, un grupo significativo afirma que ésta es *regular* a *muy mala*, conformando un 41%. Seguidamente, para dar respuesta al objetivo específico 1 se detallan las tablas de contingencia en las cuales se observa la autopercepción de salud por cada una de las variables sociodemográficas antes expuestas.

Tabla 4. Autopercepción de salud según género

SEXO	MUY BUENA (%)	BUENA (%)	REGULAR (%)	MALA (%)	MUY MALA (%)	SUBTOTAL (%)
Hombre	13,00%	54,60%	28,50%	3,50%	0,50%	100%
Mujer	8,10%	44,30%	41,40%	5,50%	0,70%	100%
Subtotal	10,20%	48,80%	35,70%	4,60%	0,60%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

La tabla 4 expone la autopercepción de salud según el sexo, en este caso se explica como el cruce de las categorías entre las variables. El sexo (filas) representa el 100% de los datos distribuidos a través de los niveles de autopercepción (columnas), es decir, se observó ésta de forma desde la perspectiva del género, a fin de observar cómo se comporta la autopercepción de salud en hombres y mujeres y poder realizar comparaciones a priori.

Resalta de los resultados que en el hombre la autopercepción es mejor que en las mujeres; esta afirmación se explica teniendo en cuenta que, entre la categoría buena y muy buena, el género masculino suma 67,6%, mientras que en las mujeres esta misma percepción está en 52,4%; ellas consideran mayoritariamente que su salud es entre buena y regular en un 85,7%.

Tabla 5. Autopercepción de salud según estado civil

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>MUY BUENA (%)</b>	<b>BUENA (%)</b>	<b>REGULAR (%)</b>	<b>MALA (%)</b>	<b>MUY MALA (%)</b>	<b>SUBTOTAL (%)</b>
Casado(a) o Unión Libre	7,30%	42,80%	43,70%	5,40%	0,80%	100%
Soltero (a)	9,00%	46,00%	38,80%	5,70%	0,50%	100%
Subtotal	8,10%	44,30%	41,40%	5,50%	0,70%	100%

Fuente: elaboración propia, 2018

En el caso del estado civil, se observa un ligero incremento en la percepción de salud hacia buena y muy buena en aquellos que están solteros, es decir, entre estas dos categorías se suma un 55%, mientras que en los casados o en unión libre esta proporción llega al 50,1%. Adicionalmente, resulta evidente que este último grupo considera su salud regular en un 43,70%, mucho mayor que los solteros (38,80%). Se puede entonces inferir a priori que los solteros tienden a tener una mejor autopercepción de su salud frente a los casados o los que se encuentran en unión libre.

Tabla 6. Autopercepción de salud según nivel educativo

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>MUY BUENA (%)</b>	<b>BUENA (%)</b>	<b>REGULAR (%)</b>	<b>MALA (%)</b>	<b>MUY MALA (%)</b>	<b>TOTAL (%)</b>
Ninguno	8%	38%	44%	9%	1%	100%
Preescolar	13%	40%	40%	4%	2%	100%
Básica primaria	7%	45%	42%	6%	1%	100%
Básica secundaria y media	12%	55%	30%	3%	0%	100%
Técnico o tecnológico	18%	58%	23%	2%	0%	100%
Universitaria sin título	16%	65%	18%	1%	0%	100%
Universitaria con título	22%	59%	18%	1%	0%	100%
Postgrado sin título	25%	45%	30%	0%	0%	100%
Postgrado con	21%	55%	23%	1%	0%	100%

NIVEL EDUCATIVO	MUY BUENA (%)	BUENA (%)	REGULAR (%)	MALA (%)	MUY MALA (%)	TOTAL (%)
título						
Subtotal	10%	49%	36%	5%	1%	100%

Fuente: elaboración propia, 2018

Para el caso de la autopercepción de salud respecto al nivel educativo, se destaca que en la mayoría de los casos la concentración se ubica en la categoría buena; sin embargo, para los niveles más bajos, tales como ninguno, preescolar y básica primaria, la proporción en la percepción *regular* es mucho mayor frente al resto. Los que tienen mejor autopercepción de salud son los universitarios con o sin título, pues entre las categorías *muy buena* y *buena* suman 81% para ambos casos.

## 5.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL GRUPO DE INDIVIDUOS DE 40 A 69 AÑOS

En el siguiente segmento, se exponen los factores de riesgo cardiovascular para la muestra analizada; para ello, se utilizan tablas de frecuencia y porcentaje que permitan dimensionar las proporciones en cada una de estas variables a fin de realizar el análisis de su comportamiento.

Tabla 7. Actividad física de los individuos entre 40 y 69 años de edad

CATEGORÍA	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	N	%
ACTIVIDAD FÍSICA	Diariamente	1.316	6,9%
	Dos o tres veces a la semana	824	4,3%
	Una vez a la semana	661	3,5%
	Esporádicamente	903	4,8%
	Nunca	15.266	80,5%
	Total	18.970	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Resulta notorio que gran parte de las personas no realiza actividades físicas, dado que el 80,5% manifestó no hacerlo nunca; este dato es relevante para considerar que la baja actividad física es un factor de riesgo importante para contraer enfermedades de tipo cardiovascular; por el contrario, el grupo que manifestó

hacer ejercicios de forma diaria, dos o tres veces a la semana o una vez a la semana. apenas representa un 14,7%.

Tabla 8. Práctica de fumar en los individuos entre 40 y 69 años de edad

<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO DE CLASIFICACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CONSUMIDOR DE TABACO	No fuma	15.784	83,2%
	Fuma	3.186	16,8%
	Subtotal	18.970	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

El hábito de fumar está presente en un 16,8% de la población analizada, esta evidencia indica que, a pesar de ser un número considerable, no representa un quinto de todo el grupo; sin embargo, los individuos que realizan este tipo de prácticas, están contraviniendo su salud de manera importante, aún más en este rango de edad.

Tabla 9. Presencia de hipertensión arterial en los individuos entre 40 y 69 años de edad

<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO DE CLASIFICACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Sí	4.046	21,3
	No	14.924	78,7
	Total	18.970	100%

Fuente: elaboración propia, 2018

Al indagar sobre el diagnóstico de hipertensión realizado por un profesional médico la muestra indica que la mayor parte no ha sufrido de esta condición; sin embargo, el grupo que sí ha manifestado hipertensión corresponde a 4.046 casos, cifra importante que debe ser considerada.

Tabla 10. Presencia de diabetes en los individuos entre 40 y 69 años de edad

<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO DE CLASIFICACIÓN</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
DIABETES	Sí	1.120	5,9%
	Sí, pero sólo en el embarazo	24	0,1%
	No	17.826	94,0%

CATEGORÍA	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	%	TOTAL
	Total	18.970	100.0%

Fuente: elaboración propia, 2018

En este caso, la diabetes está presente en apenas el 6% de la población analizada, cifra que denota que los individuos de este rango de edad, en su mayoría no presentan este tipo de problemas.

Tabla 11. Índice de Masa Corporal (IMC) en los individuos entre 40 y 69 años de edad

CATEGORÍA		N	%	VÁLIDO (%)
IMC	<= 18,5 Inferior al normal	369	1,9	3,5
	18,6 - 24,9 Normal	5.371	28,3	51,5
	25,0 - 29,9 Superior al normal	4.642	24,5	44,5
	30,0 - 30,0 Sobrepeso	43	0,2	0,4
	Subtotal	10.425	55,0	100,0
	No contesta	8.545	45,0	
	Total	18.970	100,0	

Fuente: elaboración propia, 2018

Para esta variable se observó en la base de datos 8.545 casos que no manifestaron peso o talla, por lo cual no fue posible calcular su IMC; en función de esta limitación, se trabajó sobre los 10.425 casos válidos. En este sentido, se observa que la mitad de la muestra (51,5%) se encuentra en el rango de peso normal, mientras que el 44,5% en pesos superiores a lo esperado.

### 5.3. RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD CON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INDIVIDUOS DE 40 A 69 AÑOS

Seguidamente, en este segmento se analiza las potenciales asociaciones entre las variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y la autopercepción a fin de determinar si existe alguna relación entre estas. En primer lugar, se explora las sociodemográficas y la autopercepción; de este modo, se corrobora si hay influencia de elementos como el género, estado civil y el nivel educativo en la percepción de salud del individuo.

Tabla 12. Relación entre características sociodemográficas y autopercepción de salud en individuos entre 40 y 69 años de edad

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD
Sexo	Chi-cuadrado	786,784
	df	4
	Sig.	.000*
Estado civil	Chi-cuadrado	441,163
	df	4
	Sig.	.000*
Nivel educativo	Chi-cuadrado	2.037,698
	df	32
	Sig.	.000

Fuente: elaboración propia, 2018

La tabla muestra el valor de la prueba Chi Cuadrado de Pearson, los grados de libertad (df) y la significancia (sig.) o comúnmente conocido como p valor. En este caso, para interpretar los resultados es recomendable establecer algunas consideraciones. En primer lugar, Chi Cuadrado comprueba la hipótesis nula de independencia entre variables; dicho de otro modo, define si existe relación entre ambas con base en el siguiente parámetro:

- a) Hipótesis nula (Ho): las variables analizadas son independientes, es decir, no guardan relación.
- b) Hipótesis alterna (Ha): las variables analizadas son dependientes, es decir, guardan relación.

Por ello, la regla de decisión para determinar cuál de las opciones es la indicada se basa en la observación del p valor (Sig.); en este caso, para valores superiores a 0,05 se deberá aceptar la Ho, mientras que para los menores a 0,05 se asumirá la alterna (Ha). En este sentido, y con base en esta explicación, se puede confirmar que existe una asociación entre las variables sexo, estado civil y nivel educativo, dado que en los tres casos el p valor es menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ).

Retomando los datos de la tabla 4, 5 y 6, donde se analizaron las variables sociodemográficas y la autopercepción de salud, se corrobora que los hombres tienden a percibir mejor su salud que las mujeres; por otra parte, la soltería está asociada a mejores percepciones de salud; mientras que los altos niveles educativos se relacionan con una mejor percepción de salud. Seguidamente, se exponen los resultados respecto a los factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 13. Autopercepción de salud en individuos con hipertensión arterial

		AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD					TOTAL
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
Hipertensión arterial	Sí	4,8%	35,7%	49,9%	8,4%	1,2%	100,0%
	No	11,7%	52,3%	32,0%	3,6%	0,4%	100,0%
Total		10,2%	48,8%	35,7%	4,6%	0,6%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

El conjunto de individuos que le han diagnosticado presión arterial se distribuye de forma importante entre las categorías regular y buena, las cuales sumadas representan un 85,6% de la muestra; igual situación se reporta en el grupo de los que no tienen esta condición, sumando un 84,30%; sin embargo, analizando detalladamente los datos se puede realizar una consideración interesante. En el caso de los que tienen hipertensión, la proporción correspondiente a las categorías buena y muy buena es menor a los que no tienen presión elevada. Este dato es evidente ya que la suma de los porcentajes de hipertensos con buena y muy buena salud es de 40,50%, mientras que aquellos que no padecen esta condición aglomeran a un 64%. Este hallazgo es relevante pues se puede confirmar la asociación entre ambas variables mediante la prueba Chi Cuadrado.

Tabla 14. Prueba Chi Cuadrado hipertensión arterial y autopercepción de salud

	VALOR	df	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	802,442	4	,000
N de casos válidos	18.970		

Fuente: elaboración propia, 2018

Los resultados de la prueba confirman que padecer de hipertensión arterial está asociada a menores niveles de salud autopercebida; es decir, quienes presentan esta condición normalmente consideran su estado físico está más deteriorado que aquellos que no la tienen.



Tabla 15. Autopercepción de salud y práctica de fumar

			AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD					TOTAL
			Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
Consumo de tabaco	No fuma		10,2%	48,5%	36,3%	4,4%	0,5%	100,0%
	Fuma		10,2%	50,3%	33,0%	5,8%	0,8%	100,0%
Total			10,2%	48,8%	35,7%	4,6%	0,6%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Respecto a los que mantienen el hábito de fumar, se detalla en los resultados que, de manera contradictoria, aquellos que no fuman perciben su salud como regular; mientras que los que si lo hacen creen que esta es buena.

Tabla 16. Prueba Chi Cuadrado práctica de fumar y autopercepción de salud

	VALOR	df	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,209	4	,000
N de casos válidos	18970		

Fuente: elaboración propia, 2018

La prueba chi cuadrado confirma que hay una asociación entre el fumar y la autopercepción de salud, en este caso, la interpretación con base en la tabla de frecuencias indica contradictoriamente que aquellos que ejercen esta práctica consideran su salud positiva; es decir, se infiere que estas personas no mantienen la creencia de que el fumar afecta negativamente su estado de salud.

Tabla 17. Autopercepción de salud y diabetes

			AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD					TOTAL
			Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
Diabetes	Si		3,8%	27,9%	56,4%	10,5%	1,4%	100,0%
	Sí, pero sólo en el embarazo		4,2%	37,5%	54,2%		4,2%	100,0%
	No		10,6%	50,1%	34,4%	4,3%	0,5%	100,0%
Total			10,2%	48,8%	35,7%	4,6%	0,6%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

La tabla muestra los datos de los individuos que fueron diagnosticados diabetes, tal como lo señala la encuesta nacional. Se extrae de los porcentajes que los que no tuvieron esta condición perciben mejor su salud; en cambio, los que sí la sufren consideran que su salud es regular de manera mayoritaria.

Tabla 18. Prueba Chi Cuadrado diabetes y autopercepción de salud

	VALOR	df	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	413,765	8	,000
N de casos válidos	18968		

Fuente: elaboración propia, 2018

La prueba Chi Cuadrado confirma la existencia de una asociación entre la presencia de diabetes y una autopercepción de salud regular; con base en el nivel de significación reportado.

Tabla 19. Autopercepción de salud y actividad física

		AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD					TOTAL
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
Actividad física	Diariamente	13,3%	56,2%	27,7%	2,6%	0,2%	100,0%
	Dos o tres veces a la semana	15,4%	55,1%	26,8%	2,5%	0,1%	100,0%
	Una vez a la semana	13,9%	55,5%	28,0%	2,4%	0,2%	100,0%
	Esporádicamente	14,5%	54,0%	27,7%	3,3%	0,4%	100,0%
	Nunca	9,3%	47,2%	37,7%	5,1%	0,7%	100,0%
Total		10,2%	48,8%	35,7%	4,6%	0,6%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Al observar los datos de la tabla se extrae que aquellos que nunca realizan actividades físicas tienden a pensar que su salud es regular, dado que esta proporción es mayor que en los otros grupos que sí se ejercitan con diferentes frecuencias. Mayoritariamente, aquellos que hacen ejercicios diariamente perciben una buena salud; proporción que va disminuyendo a medida la actividad física es menos frecuente.

Tabla 20. Prueba Chi Cuadrado actividad física y autopercepción de salud

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	245,362 <sup>a</sup>	16	,000
N de casos válidos	18970		

Fuente: elaboración propia, 2018

Esta asociación se confirma en los resultados de la prueba Chi Cuadrado, la cual indica que existe una relación significativa; se puede interpretar esto como: hacer ejercicios con mayor frecuencia está relacionado con una autopercepción positiva de la salud.

Tabla 21. Autopercepción de salud e IMC

		AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD					TOTAL
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
IMC	<= 18,5 Inferior al normal	6,2%	46,3%	38,2%	8,4%	0,8%	100,0%
	18,6 - 24,9 Normal	11,7%	51,6%	33,0%	3,3%	0,4%	100,0%
	25,0 - 29,9 Superior al normal	11,7%	51,5%	32,6%	3,7%	0,5%	100,0%
	30,0 - 30,0 Sobrepeso	11,6%	44,2%	32,6%	9,3%	2,3%	100,0%
Total		11,5%	51,3%	33,0%	3,7%	0,5%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Los datos sugieren que independientemente del IMC de la persona la autopercepción de salud tiende a ser *Buena*; sin embargo, se observan ligeros cambios en las proporciones en la categoría *mala* de las personas que tienen pesos inferiores al normal y con sobrepeso, situación que podría denotar algún tipo de relación entre las variables.

Tabla 22. Prueba Chi Cuadrado IMC y autopercepción de salud

	VALOR	df	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,049 <sup>a</sup>	12	,000
N de casos válidos	10.425		

Fuente: elaboración propia, 2018

El valor Chi Cuadrado indica que el IMC está asociado a la autopercepción de salud; en este caso, se confirma que aquellos que tienen pesos inferiores o superiores al normal tienden ligeramente a sentir que poseen una mala salud. En resumen, los resultados confirmaron la asociación entre las variables sociodemográficas, los factores de riesgo cardiovascular y la autopercepción de salud, cada una de ellas con distintos comportamientos.

## DISCUSIÓN

Los resultados indican que la autopercepción de salud en los individuos con edades comprendidas entre 40 y 69 años de edad en general es buena, más allá de los hábitos y estilo de vida que puedan llevar algunos, los factores de riesgo a los que se está expuesto y las características sociodemográficas que se posean. En este sentido, los hallazgos coinciden con lo reportado por Petrie y Weinman (47) respecto a la relación que existe entre la percepción de la salud y el impacto que genera en el avance que tengan las personas en los tratamientos y cuidado de la enfermedad; es decir, la capacidad del individuo para sobrellevar la condición física y obtener resultados positivos y su percepción sobre la enfermedad es un dato relevante que puede ser utilizado por el profesional médico para corregir creencias que vayan en contra del programa de tratamiento establecido.

En Colombia, los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 muestran que la percepción de salud de los hombres es superior al de las mujeres (48), hecho que sigue coincidiendo con lo reportado para la muestra analizada en el presente estudio, dado que esta visión de la condición física se sigue manteniendo positiva y superior a la registrada por las mujeres. Indicando así que esta situación no ha variado de manera importante en los últimos años en el territorio nacional.

En cuanto al peso y talla, los hallazgos han sugerido que para los individuos el IMC y la percepción de su salud están asociados; sin embargo, esta relación es muy baja de acuerdo a los porcentajes observados. Este hecho, coincide con investigaciones que muestran que el peso percibido en los adultos, a menudo no es coherente con el peso real, es decir, al reportar los valores que los individuos consideran que tienen en cuanto a peso y talla, muy probablemente tengan ciertas desviaciones respecto a la realidad (49).

Otra evidencia importante del estudio es que en definitiva se asoció la autopercepción de salud a ciertas características sociodemográficas, tales como el sexo, estado civil y nivel educativo, asimismo, a factores de riesgo cardiovascular. Ante este hallazgo, investigadores como Tamayo et al., (50) han concluido que las condiciones de salud autopercebida es un predictor de la mortalidad tanto en hombres como mujeres, y guarda relación con las condiciones socioeconómicas, demográficas y sanitarias.

En este orden de ideas, es posible utilizar la autopercepción de salud como un indicador objetivo del estado real de los individuos; así lo destaca Wu, et al. (51) quien confirma que la percepción es consistente de forma significativa con la realidad y por ende es factible emplearlo como una medida global de la salud de la

población. En este caso, es posible inferir de acuerdo con los resultados del estudio que los colombianos entre 40 y 69 años de edad gozan de una buena salud, a pesar de ciertas condiciones específicas que puedan afectar esta condición.

Podría ser común pensar que los individuos con estilos de vida más saludables por lo general tengan una mejor percepción sobre su salud, los resultados indican que este planteamiento es coherente con los hechos; sin embargo, en algunos casos se ha demostrado que las personas que tienen un mayor cuidado sobre su condición física normalmente son un poco más pesimista en cuanto a su estado de salud, tal como lo ha confirmado Layes, Asada y Kephart (52); adicionalmente, los autores exponen una crítica científica a la utilización de la autopercepción como medida del estado de salud, contraponiéndose a Wu et al. (51), argumentando que los usuarios deben comprender y reconocer de forma adecuada los factores determinantes que afectan su evaluación para que pueda ser así un indicador objetivo.

La literatura aun no es unánime sobre la utilidad de la autopercepción de salud como un método integral para predecir la verdadera condición física de la población; sin embargo, más allá de las consideraciones de los autores y limitaciones del presente estudio, es posible realizar algunas reflexiones a manera de conclusión, sobre las relaciones encontradas entre características sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y la autopercepción de salud.

## CONCLUSIONES

Como reflexión final, en este apartado se exponen de forma concreta los principales hallazgos e ideas concluyentes del estudio, tomando en consideración las posiciones y argumentos de algunos autores encontrados en la literatura especializada sobre el tema. A continuación, se señalan puntualmente los elementos más destacados de la investigación:

- La población que consideró la Encuesta Nacional de Salud 2007 fue de 80.628 casos, mientras que para el estudio solo se consideró 18.970 individuos entre 40 y 69 años de edad; en términos porcentuales, este grupo representa un 23,5% indicando que la mayor parte de población colombiana es en su mayoría joven.
- Las características sociodemográficas ponen de manifiesto que, para este segmento poblacional, alcanzar niveles educativos más elevados fue una dificultad importante, por lo que la comprensión y reconocimiento de los factores que determinan su salud podría requerir de mayor apoyo y orientación, tal como lo mencionan Layes, Asada y Kephart (52).
- Se concluye que la autopercepción de salud del colombiano de 40 a 69 años de edad es buena, concretamente se puede afirmar que el 59% de este grupo así lo considera; si se toman en consideración los estudios que hacen referencia al tema, es posible confirmar entonces que, en general, su condición de salud real es muy positiva.
- En definitiva, los hombres poseen una autopercepción de salud mejor que las mujeres; este hecho se confirma por los datos analizados y por las investigaciones halladas en la literatura. En función de ello, se puede inferir que existen factores propios que inciden en esta valoración, que por limitaciones del estudio aún no han sido determinados.
- Es posible confirmar que estar soltero incide en una percepción de salud superior a aquellos individuos que se encuentran en unión libre o matrimonio. La evidencia empírica no permite demostrar las causas subyacentes a este hallazgo; sin embargo, sí es factible extraer algunas orientaciones que permitan explicar este comportamiento, tales como el estilo de vida, la poca socialización sobre el estado de salud, entre otras condiciones probables.
- El nivel educativo, concretamente los más elevados, contribuyen a que el individuo perciba mejor su condición de salud; en las personas que no

tuvieron la oportunidad de integrarse al sistema educativo o alcanzaron solo preescolar y básica primaria, normalmente tienden a considerar regular su estado físico. No obstante, dada las múltiples dimensiones que pueden incidir en este aspecto se podría suponer que, si las condiciones socioeconómicas están asociadas a la educación, probablemente el estilo de vida no sea el más adecuado en términos de alimentación, rutinas de sueño, ejercicio, entre otros factores de la vida diaria; todo ello como causa potencial de una baja autopercepción de salud.

- El segmento poblacional analizado se caracteriza por la baja actividad física, sin embargo, esto no afecta de manera importante la autopercepción de salud a nivel general. Por otra parte, respecto a los que no realizan ningún tipo de ejercicios se concluye que tienden a considerar su salud un poco desmejorada, frente a aquellos que al menos realizan estas actividades de manera esporádica.
- Los problemas de hipertensión arterial están poco presentes en la muestra analizada y coherentemente los que no padecen esta condición parecen tener una mejor percepción de su salud frente a los hipertensos. Asimismo, el hábito de fumar es escaso y contradictoriamente, los que sí lo hacen manifiestan mayoritariamente que su salud es buena. Esto podría indicar que el tabaquismo no es percibido como un factor que afecte significativamente la condición de salud personal.
- Por el contrario, la diabetes o el azúcar alta sí afecta negativamente la percepción de salud; los resultados confirman que existe una asociación entre estas dos variables y que aquellos que padecen esta condición normalmente expresan que su salud es regular, mientras que los que están libres de la enfermedad creen que es buena.
- Se concluye que los que están en un peso normal o ligeramente superior al normal mayoritariamente perciben su salud como buena; por otro lado, aquellos que se encuentran en el límite inferior o con sobrepeso, se inclinan un poco más hacia estados regulares o malos.
- Como análisis final, la investigación concuerda con otras evidencias de la literatura, lo cual le otorga validez y riqueza científica, considerándose un aporte para las futuras líneas de estudio en esta área. En este orden de ideas, es necesario contribuir al campo a través de la realización de recomendaciones que sirvan como punto de apoyo y mejora a las políticas públicas en materia del cuidado de la salud de los individuos entre 40 y 69 años de edad.



## RECOMENDACIONES

Una vez analizados a profundidad los resultados del estudio y definidas las principales ideas concluyentes es importante desarrollar algunas recomendaciones en función de estos hallazgos. Por ello, a continuación, se mencionan líneas que contribuirán a fortalecer la investigación en el área y las orientaciones en materia de salud dirigidas al segmento entre 40 y 69 años de edad:

- Para futuras aplicaciones de este tipo de instrumento es importante tomar en consideración los planteamientos realizados en la literatura sobre la relevancia que tiene la comprensión y reconocimiento de los factores que inciden en el estado de salud de un individuo. La razón fundamental de este argumento es que, mientras el entrevistado tenga un mayor conocimiento en este ámbito probablemente realizará una mejor autoevaluación de su condición y, por ende, fortalecerá de manera significativa los resultados del indicador global.
- Aprovechar la percepción positiva que tiene el segmento analizado sobre su salud, puede llegar a convertirse en un elemento aliado para el fortalecimiento de los programas de cuidado de la población, por medio del diseño de estrategias de promoción para incrementar el interés de tener una vida más saludable.
- Analizar en mayor profundidad las causas por las cuales las mujeres tienen una menor percepción de su salud frente a los hombres, podría dar indicios del curso de acción que se debe tomar para fortalecer este aspecto. En este sentido, el llamado es a realizar un mayor número de investigaciones en este campo que permitan dilucidar el origen de este hecho.
- Al igual que el caso anterior, el estado civil como variable de influencia en la autopercepción es un factor interesante que puede ser objeto de investigación a mayor profundidad; dadas las características multidimensionales que posee, sería de utilidad orientar mayores esfuerzos a generar conocimiento en esta área.
- Mejorar las condiciones socioeconómicas y de calidad de vida de la población pueden contribuir a crear condiciones de salud positivas; en este sentido, en función de los datos, se sugiere diseñar mecanismos que apoyen a los segmentos más desprotegidos y con menores niveles educativos, a fin de que comprendan de manera profunda las implicaciones

que tiene su entorno en la salud y, en consecuencia, tomar las medidas que estén a su alcance.

- Promover las actividades físicas y de esparcimiento en este segmento poblacional, podría devenir en un aumento importante de las condiciones de salud; concretamente en este punto, es crítico tomar acciones pues los resultados indican que existe una escasa participación de los individuos en temas de ejercicio, lo cual le afectaría posteriormente.
- A pesar de que los problemas de hipertensión, tabaquismo, diabetes e IMC afectan a una proporción de personas mucho menor, es relevante continuar impulsando en la población prácticas saludables de alimentación y estilo de vida desde la perspectiva de la salud pública. En este orden de ideas, la generación de campañas que promuevan el control de los niveles de azúcar, consumo de carbohidratos, tabaco y el cambio hacia una dieta más sana y balanceada es el camino para mejorar en los próximos años la calidad de vida de los colombianos.
- Se espera que la presente investigación sirva como fundamento para desarrollar en lo sucesivo, líneas de estudio más profundas que permitan construir una visión más precisa sobre los aspectos que están afectando la salud de los individuos, considerando que un país con gente sano está orientado a generar mayores índices de productividad y prosperidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J, Astudillo-García C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica* [Internet]. 2017 [citado 16 de noviembre de 2018];37(0):92-103. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3070>
2. Molina R, Salazar E. "Influencia de las desigualdades sociosanitarias y el capital social en la autopercepción de salud de los Colombianos". Un análisis por regiones. 1 [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2018];1(2). Disponible en: <https://revistas.unisucra.edu.co/index.php/revisalud/article/view/107>
3. DANE. Enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte en Colombia: DANE [Internet]. RCN Radio. 2017 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/colombia/enfermedades-cardiacas-la-principal-causa-muerte-colombia-dane>
4. Emberson J, Whincup P, Morris R, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. *Eur Heart J* [Internet]. 2003 [citado 16 de noviembre de 2018];24(19):1719-26. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/24/19/1719/495174>
5. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez L, Sánchez H, et al. Encuesta nacional de salud [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Bogotá, Colombia; 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Bogota%20C3%A1.pdf>
6. OMS. Desempeño de los sistemas de salud [Internet]. 2.<sup>a</sup> ed. México: Salud México; 2002. 221 p. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2002/saludmexico2002.pdf>
7. Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2014 [citado 16 de noviembre de 2018];28(3):246-52. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911113001672>
8. Eriksson I, Undén A, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2001 [citado 16 de noviembre de 2018];30(2):326-33. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/30/2/326/713791>

9. Castro-Vázquez A, Espinosa-Gutiérrez I, Santos-Iglesias P. Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. 2007;7(3):883-98. Disponible en: [http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/32753/CastroVazquez\\_Indicador esSalud.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/32753/CastroVazquez_Indicador esSalud.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. Vladislavovna-Doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H. Traductor de Google [Internet]. 2008 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18852936&prev=search>
11. Ruiz A. Control del riesgo cardiovascular en el anciano. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga. [Internet]. 2010 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://docplayer.es/22744334-Control-del-riesgo-cardiovascular-en-el-anciano-alberto-ruiz-cantero-servicio-de-medicina-interna-hospital-de-la-serrania-ronda-malaga.html>
12. Ramirez F, Guibovich G. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. 2010;223. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF>
13. Sanchez B. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Actual enferm [Internet]. 2002;5(1):13–16. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Sanchez+H.%2C+Beatriz.+El+cuidado+de+la+salud+de+las+personas+que+viven+situaciones+de+enfermedad+cr%C3%B3nica+en+Am%C3%A9rica+latina&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Sanchez+H.%2C+Beatriz.+El+cuidado+de+la+salud+de+las+personas+que+viven+situaciones+de+enfermedad+cr%C3%B3nica+en+Am%C3%A9rica+latina&btnG=)
14. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. Rev Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 16 de noviembre de 2018];40:792-801. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2006.v40n5/792-801/es>
15. Alazraqui M, Diez A, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado 16 de noviembre de 2018];25(9):1990-2000. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900013&lng=es&tling=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900013&lng=es&tling=es)

16. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J, Astudillo-García C. Self-rated health, multimorbidity and depression in older adults: proposal and evaluation of a simple conceptual model. *Biomédica* [Internet]. 2016 [citado 16 de noviembre de 2018];37. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3070>
17. Vergara D, Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 16 de noviembre de 2018];17(2):171-83. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30730>
18. Nery J, Chor D, Werneck G, Carvalho M, Coeli C, Lopes C, et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [citado 16 de noviembre de 2018];12:676. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491020/>
19. Patiño-Villada F, Arango-Vélez E, Quintero-Velásquez M, Arenas-Sosa M. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. *Rev salud pública* [Internet]. 2011 [citado 16 de noviembre de 2018];13:433-45. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2011.v13n3/433-445/es>
20. León G, Campoy U, Bravo A, Witrón J. Factores de riesgo cardiovascular y la percepción del estado de salud en profesores de tiempo completo de la UABC, campus Mexicali / Cardiovascular disease risk factors and the perception of health in full professors of the UABC, campus Mexicali. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud* [Internet]. 2016 [citado 16 de noviembre de 2018];5(10):98-120. Disponible en: <http://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/40>
21. Vásquez E. Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial. Trabajo de Grado presentado para optar al Título de Licenciada en Enfermería Pontificia Universidad Javeriana Colombia Bogotá [Internet]. 2008;86:77–78. Disponible en: [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=%2822%29%09Autocuidado+para+el+manejo+de+hipertensi%C3%B3n+arterial%2C+Programa+Departamento+de+Medicina+Preventiva%2C+instituci%C3%B3n+hospitalaria+de+cuarto+nivel.+Bogot%C3%A1%2C+enero-mayo+2008.&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%2822%29%09Autocuidado+para+el+manejo+de+hipertensi%C3%B3n+arterial%2C+Programa+Departamento+de+Medicina+Preventiva%2C+instituci%C3%B3n+hospitalaria+de+cuarto+nivel.+Bogot%C3%A1%2C+enero-mayo+2008.&btnG=)
22. González R, de Lourdes M. Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México [Master's Thesis]. México: FLACSO, Sede Académica de México; 2008.
23. AEPap. Guía breve para la promoción de la salud cardiovascular en la infancia y adolescencia. Recomendaciones. Hipertensión arteria,

Hipercolesterolemia y Obesidad. [Internet]. España; 2005 p. 22. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guia\\_cardiovascular.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guia_cardiovascular.pdf)

24. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control [Internet]. 2011 [citado 16 de noviembre de 2018]; Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20123402600>
25. Donaire P. La propia percepción del paciente sobre su enfermedad marca la diferencia [Internet]. 2012 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.blogger.com/blogin.g?blogspotURL=https://bitnavegante.blogspot.com/2012/01/la-propia-percepcion-del-paciente-sobre.html>.
26. Organización Panamericana de la Salud. CARMEN: Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles. Organización Panamericana de la Salud; 2003.
27. Hernández M, Padilla M, Hernández R. La hipertensión en Latinoamérica. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2006 [citado 16 de noviembre de 2018];1(1):10-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170217078002>
28. Panamerican Health Organization. Health in the Americas+, 2017 edition summary: regional outlook and country profiles. Washington: PAN AMERICAN HEALTH ORG.; 2017.
29. WHO. Global report on diabetes [Internet]. WHO. 2016 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>
30. WHO. Diabetes [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
31. OMS, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Washington; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>
32. Castiglione M. Las enfermedades crónicas no transmisibles. 1 [Internet]. 2014 [citado 16 de noviembre de 2018];15(2):66-72. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/88358>
33. Burrows R. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del

- adulto. Revista médica de Chile [Internet]. 2000 [citado 16 de noviembre de 2018];128(1):105-10. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872000000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872000000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
34. Shilton T. Vencer a las enfermedades no transmisibles con equidad: seamos serios. 2018;25(3):4. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975918797835>
  35. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar M, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial \* Traducción oficial al español efectuada por la Organización Panamericana de la Salud a partir del artículo original publicado en el Journal of Clinical Hypertension, con autorización de John Wiley and Sons. En caso de discrepancia prevalecerá la versión original (en inglés). Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [citado 16 de noviembre de 2018];41:1. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>
  36. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2011 [citado 16 de noviembre de 2018];49(3):470-81. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-30032011000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-30032011000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  37. WHO. Riesgos para la salud mundial: progresos y desafíos [Internet]. WHO. 2009 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/>
  38. OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. WHO. [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es/>
  39. Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en Colombia - Salud - Vida - ELTIEMPO.COM [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/las-enfermedades-cardiovasculares-son-una-de-las-principales-causas-de-muerte-en-colombia-33992>
  40. Current Directions in Psychological Science [Internet]. SAGE Journals. 2018 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/home/CDP>

41. Ojeda G, Ochoa LH, Ordoñez M, Colombia, Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, et al. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Bogotá (Colombia): Profamilia; 2011.
42. Vladislavovna-Doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H. Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México [Internet]. 2008 [citado 16 de noviembre de 2018];50(5):390-6. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
43. Abellan A. percepción de la salud. 2003;13(5):3. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10261/10500>
44. Lucumí D, Grogan-Kaylor A, Espinosa-García G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2018];34:14-20. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000700002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000700002&script=sci_arttext&tlng=pt)
45. Ponce y Ponce de León G, Rieke U, Camargo A, Mayagoitia J. Factores de riesgo cardiovascular y la percepción del estado de salud en profesores de tiempo completo de la UABC, campus Mexicali. 2016;5(10):22. Disponible en: [https://www.google.com.co/search?q=Gisela+Ponce+y+Ponce+de+Le%C3%B3n%2C+Ulises+Rieke+Campoy%2C+Adriana+Camargo+Bravo%2C+Jos%C3%A9+de+Jes%C3%BAs+Mayagoitia+Witr%C3%B3n.+Factores+de+riesgo+cardiovascular+y+la+percepci%C3%B3n+del+estado+de+salud+en+profesores+de+tiempo+completo+de+la+UABC&rlz=1C1CHBD\\_esCO795CO795&oq=Gisela+Ponce+y+Ponce+de+Le%C3%B3n%2C+Ulises+Rieke+Campoy%2C+Adriana+Camargo+Bravo%2C+Jos%C3%A9+de+Jes%C3%BAs+Mayagoitia+Witr%C3%B3n.+Factores+de+riesgo+cardiovascular+y+la+percepci%C3%B3n+del+estado+de+salud+en+profesores+de+tiempo+completo+de+la+UABC&aqs=chrome..69i57j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.co/search?q=Gisela+Ponce+y+Ponce+de+Le%C3%B3n%2C+Ulises+Rieke+Campoy%2C+Adriana+Camargo+Bravo%2C+Jos%C3%A9+de+Jes%C3%BAs+Mayagoitia+Witr%C3%B3n.+Factores+de+riesgo+cardiovascular+y+la+percepci%C3%B3n+del+estado+de+salud+en+profesores+de+tiempo+completo+de+la+UABC&rlz=1C1CHBD_esCO795CO795&oq=Gisela+Ponce+y+Ponce+de+Le%C3%B3n%2C+Ulises+Rieke+Campoy%2C+Adriana+Camargo+Bravo%2C+Jos%C3%A9+de+Jes%C3%BAs+Mayagoitia+Witr%C3%B3n.+Factores+de+riesgo+cardiovascular+y+la+percepci%C3%B3n+del+estado+de+salud+en+profesores+de+tiempo+completo+de+la+UABC&aqs=chrome..69i57j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
46. Rico M, Arana B. Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de adultos mayores en México. 2006;
47. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology & Health [Internet]. 2002 [citado 16 de noviembre de 2018];17(1):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>



48. Royo M. Encuesta nacional de demografía y salud, componente demográfico [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
49. Herman K, Hopman W, Rosenberg M. Self-rated health and life satisfaction among Canadian adults: associations of perceived weight status versus BMI. Qual Life Res [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2018];22(10):2693-705. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0394-9>
50. Tamayo-Fonseca N, Quesada J, Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. Public Health [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2018];127(12):1097-104. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350613002965>
51. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2018];13(1):320. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>
52. Layes A, Asada Y, Kephart G. Whiners and deniers – What does self-rated health measure? Social Science & Medicine [Internet]. 2012 [citado 16 de noviembre de 2018];75(1):1-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611006745>

## **ANEXOS**

- **Anexo 1.** Cuadro de operacionalización de variables
- **Anexo 2.** Instrumentos de la encuesta Nacional de Salud 2007

### Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables

ÍTEM	MACRO VARIABLE	No	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	1	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (años cumplidos)	Cuantitativa continua	Razón	1, 2, 3 .....
		2	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Cualitativa	Nominal	- Masculino - Femenino - Subtotal
		3	Nivel educativo	Máximo nivel de educación alcanzado	Cualitativa	Ordinal	- Ninguno - Preescolar - Básica primaria - Básica secundaria y media - Técnico o tecnológico - Universitaria sin título - Universitaria con título - Postgrado sin título - Postgrado con título - Subtotal
		4	Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia	Cualitativa	Nominal	- Casado(a) - Soltero(a) - Subtotal

ÍTEM	MACRO VARIABLE	No	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
2	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	1	Actividad física	Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Cualitativa	Nominal	Diariamente Dos o tres veces a la semana Una vez a la semana Esporádicamente Nunca
		2	Consumidor de Tabaco.	Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades. El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo	Cualitativa	Nominal	- Es fumador(a) - No es fumador(a) - Subtotal
		3	Hipertensión arterial	La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión	Cualitativa	Nominal	- Es hipertenso(a) - No es hipertenso(a) - Subtotal

ÍTEM	MACRO VARIABLE	No	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
				persistentemente alta, lo que puede dañarlos.			
		4	Índice de Masa Corporal, IMC	Índice de masa corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado.	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;= 18,5 inferior al Normal</li> <li>- 18,6 - 24,9 Normal</li> <li>- 25,0 - 29,9 Sobrepeso</li> <li>- 30,0 - 30,0 Obesidad</li> <li>- Subtotal</li> </ul>
		5	Diabetes	La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es diabético(a)</li> <li>- No es diabético(a)</li> <li>- Subtotal</li> </ul>
3	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD	1	Autopercepción de salud	La autopercepción de la salud, la cual es referida por los propios individuos, se basa en el conocimiento, las	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muy buena</li> <li>- Buena</li> <li>- Regular</li> <li>- Mala</li> <li>- Muy mala</li> </ul>

ÍTEM	MACRO VARIABLE	No	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
				creencias y las expectativas personales. Por tanto, es una concepción individual y subjetiva que resulta de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos, que proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona			

## Anexo 2. Instrumentos de la encuesta Nacional de Salud 2007

### 1. METODOLOGÍA

La ENS 2007 es un estudio de corte transversal cuyos instrumentos de aproximación al objeto de estudio fueron un conjunto de encuestas aplicadas a diferentes muestras, seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico.

#### 1.1. Instrumentos

Para el cumplimiento de los objetivos de la encuesta fueron utilizados los siguientes instrumentos<sup>3</sup>, los cuales contaban cada uno con su instructivo:

1. Encuesta para administraciones municipales
2. Ficha para caracterización del barrio
3. Encuesta a hogares
  - Módulo 1 - Encuesta a hogares
  - Módulo 2 - Encuesta para personas de 6 años y más
  - Módulo 3 - Encuesta para niños menores de 6 años
  - Módulo 4 - Encuesta para personas de 18 años y más
4. Encuesta a IPS
  - Módulo 1 - Encuesta para IPS
  - Módulo 2 - Servicios de consulta ambulatoria
  - Módulo 3 - Verificación de características de consultas ambulatorias
  - Módulo 4 - Verificación de características de servicios de obstetricia
5. Encuesta a usuarios de las IPS
  - Módulo 1 - Consulta externa
  - Módulo 2 - Hospitalización y atención de urgencias

---

<sup>3</sup> Los formularios se incluyen en medio magnético en el CD que acompaña la publicación.